

2012.5.1

週刊WEB

発行
税理士法人ゼニックス・コンサルティング

医業経営マガジン

1 医療情報ヘッドライン

厚生省 平成22年度 病院経営管理指標を公表
DPC病院 ベンチマーク経営等で高収益

厚生労働省

退院調整加算1、転院の場合には算定可に
平成24年度診療報酬改定関連通知の一部訂正

厚生労働省

2 経営TOPICS

統計調査資料
最近の医療費の動向 平成23年12月号

3 経営情報レポート

問題職員・労務トラブルの増加に対応
職場の規律作りとルールブック活用法

4 経営データベース

ジャンル: 医業経営 サブジャンル: 事業継承
納税資金確保対策の種類
相続財産評価引下げによる節税対策

厚労省平成 22 年度 病院経営管理指標を公表 DPC 病院 ベンチマーク経営等で高収益

厚生労働省は 4 月 20 日、平成 22 年度の病院経営管理指標を公表した。

主な結果をみると、(1)黒字病院の比率は、医療法人では 82.9%、自治体立では 57.0%、社会保険関係団体では 61.5%、その他公的では 71.3%、(2)医療法人立の療養型病院や精神科病院について、医業利益率では「病床規模が大きいほど高い」傾向がある、(3)医療法人立の一般病院について材料費比率・医薬品費比率は、「病床規模が大きいほど高い」傾向がある、(4)DPC 適用区分別に医業利益率においては、すべての開設主体で、DPC 対象・準備病院のほうが高い、(5)医業外事業については、健診センターや治験関連業務、およびグループホームで黒字比率が高い、などが明らかとなっている。

(1)では、黒字病院比率の年次推移を見ると、平成 22 年度の医業利益率は、医療法人立の精神科を除いて上昇している。これは、平成 22 年度のプラス改定の影響が大きいものと推測される。このほかにも、材料費や医薬品費等のコストを削減する経営改善努力が伺える。

(2)では、医療法人立では、「療養型や精神では病床規模に応じて医業利益率が高くなるが、一般病院では病床規模が大きくなって医業利益率は上がらない」ことが分かる。

この理由は(3)に示されており、材料費や医薬品費についてスケールメリットを生かしていきれていないことが挙げられている。さらに、厚労省では「大規模な医療法人立病院は、地域の中核病院として救命救急等の高コスト医療を実施している」ことも要因としてあげている。

また、(4)でDPC病院の経営状況が良い点に関連し、「DPC病院では病床利用率と医業利益率の分布が集中している」ことが分かった。これは、公開されているDPCデータをもとに、自院と競合病院とを比較し、そこで得られた知見を経営や診療に活かすベンチマーク分析を実施している病院が多いことに基づくと推測される。

一般病院のDPC対象・準備病院とDPC適用無の病院を比較すると、「医業利益率は全ての開設主体でDPC対象・準備病院が高い結果となった。要因として、医薬品費を含め材料費比率がDPC対象・準備病院が高いものの(社会保険関係団体を除く)患者1人1日当たり入院収益及び外来患者1人1日当たり外来収益等の単価がDPC対象・準備病院が高いこと、平均在院日数が短いこと、病床利用率が高く稼働状況も良好なこと(その他公的を除く)が考えられる」と厚労省では分析している。

退院調整加算 1、転院の場合には算定可に 平成 24 年度診療報酬改定関連通知の一部訂正

厚生労働省は 4 月 20 日、平成 24 年度診療報酬改定関連通知の一部訂正に関する事務連絡を行った。

今回訂正されるのは、(1) 診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項(3月5日付、保医発 0305 第 1 号)、(2) 基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱い(3月5日付、保医発 0305 第 2 号)、(3) 特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱い(3月5日付、保医発 0305 第 3 号) など 8 本の通知。

(1) を見ると、A238【退院調整加算】の算定要件が一部変更されている。【退院調整加算】は、早期退院の促進を目的としているので、「死亡」「転院」の場合には算定できないとされていた。ただし、急性期病棟に入院する患者については、療養病床等の後方支援病院への転院も「早期退院」の範疇に含まれると考えられることから、急性期患者を対象とした【退院調整加算 1】については、転院患者について加算を算定できる旨が追加された。

(2) では、まず『入院基本料等における栄養管理体制』の施設基準が緩和されている。具体的には、「24 年 3 月 31 日時点で栄養管理実施加算を届出していない医療機関は、26 年 3 月 31 日までは、(地方厚生(支)局長に届出ずとも) 管理栄養士配置の基準を満たす」とこととされた。ただし、「病院については、管理栄養士の確保が困難な理由等を地方厚生(支)局長に届出る」必要がある。

さらに、特定集中治療室管理料における『重

症度に係る評価票 評価の手引き』や、ハイケアユニット入院医療管理料における『重症度・看護必要度に係る評価票評価の手引き』、回復期リハ病棟入院管理料における『日常生活機能評価票 評価の手引き』では、院内研修を受けた者が記入することとされている。

今回の訂正では、これらの院内研修について、直近の研修であること、研修担当者は、概ね 3 年以内の関係機関による研修を受けていることが望ましいこと、がそれぞれ付記されている。

事務連絡
平成24年4月20日

地方厚生(支)局医療課
都道府県民生主管部(局)
国民健康保険主管課(部)
都道府県後期高齢者医療主管部(局)
後期高齢者医療主管課(部)

御中

厚生労働省保険局医療課

平成24年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について

下記の通知について、それぞれ別添 1 から別添 8 までのとおり訂正をするので、その取扱いに連携のないよう、周知徹底を図られたい。

- ・診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(平成24年3月5日保医発0305第1号)(別添1)
- ・基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて(平成24年3月5日保医発0305第2号)(別添2)
- ・特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて(平成24年3月5日保医発0305第3号)(別添3)
- ・「訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」の一部改正について(平成24年3月5日保医発0305第10号)(別添4)
- ・訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(平成24年3月5日保医発0305第3号)(別添5)
- ・「診療報酬請求書の記載要領等について」等の一部改正について(平成24年3月26日保医発0326第2号)(別添6)
- ・「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」の一部改正について(平成24年3月30日保医発0330第9号)(別添7)
- ・「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について(平成24年3月30日保医発0330第10号)(別添8)

最近の医療費の動向

平成23年12月号

1 制度別概算医療費

医療費の推移

(単位：兆円)

	総計	医療保険適用								公費
		70歳未満	被用者保険			国民健康保険	(再掲)未就学者	70歳以上	(再掲)75歳以上	
			本人	家族						
平成19年度	33.4	17.4	9.5	5.0	4.5	7.9		14.5		1.5
平成20年度	34.1	17.7	9.8	5.2	4.6	7.9	1.3	14.8	11.4	1.6
平成21年度	35.3	18.1	10.0	5.3	4.7	8.1	1.3	15.5	12.0	1.7
平成22年度	36.6	18.6	10.3	5.4	4.9	8.3	1.5	16.2	12.7	1.8
4～9月	18.1	9.1	5.0	2.7	2.4	4.1	0.7	8.0	6.3	0.9
10～3月	18.5	9.4	5.3	2.8	2.5	4.2	0.8	8.2	6.4	0.9
平成23年4～12月	28.1	14.1	7.8	4.1	3.7	6.3	1.1	12.6	9.9	1.4
4～9月	18.6	9.3	5.1	2.7	2.4	4.2	0.7	8.4	6.6	0.9
10～12月	9.5	4.8	2.6	1.4	1.3	2.1	0.4	4.3	3.4	0.5
11月	3.1	1.6	0.9	0.5	0.4	0.7	0.1	1.4	1.1	0.2
12月	3.2	1.6	0.9	0.5	0.4	0.7	0.1	1.4	1.1	0.2

注 1. 審査支払機関（社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会）で審査される診療報酬明細書のデータ（算定ベース：点数、費用額、件数及び日数）を集計している。点数を10倍したものを医療費として評価している。

医療保険及び公費負担医療で支給の対象となる患者負担分を含めた医療費についての集計である。現物給付でない分（はり・きゅう、全額自費による支払い分等）等は含まれていない。

注 2. 「医療保険適用」の「70歳以上」には後期高齢者医療の対象（平成19年度以前は老人医療受給対象）となる65歳以上70歳未満の障害認定を受けた者に係るデータが含まれる。

「医療保険適用」の「75歳以上」は後期高齢者医療の対象となる者に係るデータである。

「公費」は医療保険適用との併用分を除く、公費負担のみのデータである。

2 診療種類別概算医療費

医療費の推移

(単位：兆円)

	総計	診療費			調剤	入院時 食事 療養等	訪問 看護 療養	(再掲) 医科 入院 + 医科 食事等	(再掲) 医科 入院外 + 調剤	(再掲) 歯科 + 歯科 食事等	
		医科 入院	医科 入院外	歯科							
平成 19 年度	33.4	27.4	12.5	12.4	2.5	5.2	0.8	0.06	13.4	17.5	2.5
平成 20 年度	34.1	27.7	12.8	12.4	2.6	5.4	0.8	0.06	13.6	17.8	2.6
平成 21 年度	35.3	28.5	13.2	12.7	2.5	5.9	0.8	0.07	14.0	18.6	2.5
平成 22 年度	36.6	29.6	14.1	13.0	2.6	6.1	0.8	0.08	14.9	19.0	2.6
4～9月	18.1	14.7	7.0	6.4	1.3	2.9	0.4	0.04	7.4	9.4	1.3
10～3月	18.5	14.9	7.1	6.5	1.3	3.1	0.4	0.04	7.5	9.7	1.3
平成 23 年 4～12 月	28.1	22.6	10.7	9.9	2.0	4.9	0.6	0.07	11.3	14.7	2.0
4～9月	18.6	15.0	7.1	6.5	1.3	3.2	0.4	0.04	7.5	9.7	1.3
10～12月	9.5	7.6	3.6	3.3	0.7	1.7	0.2	0.02	3.8	5.0	0.7
11月	3.1	2.5	1.2	1.1	0.2	0.5	0.1	0.01	1.3	1.7	0.2
12月	3.2	2.5	1.2	1.1	0.2	0.6	0.1	0.01	1.3	1.7	0.2

注 1．診療費には、入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額は含まれていない。

注 2．入院時食事療養等には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額の合計である。

3 医療機関種類別概算医療費

(1) 医療機関種類別 医療費の動向

医療費総額の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

	総計	医科計	医科 病院					医科 診療所	歯科計	保険 薬局	訪問 看護 ステーション
			大学 病院	公的 病院	法人 病院	個人 病院					
平成 19 年度	3.1	2.3	2.4	4.2	1.4	3.5	12.3	2.0	0.2	8.9	8.4
平成 20 年度	1.9	1.1	1.4	4.6	0.0	2.4	14.1	0.3	2.6	5.3	15.9
平成 21 年度	3.5	3.0	3.4	5.6	3.3	3.4	4.2	1.9	0.7	7.9	10.8
平成 22 年度	3.9	4.1	5.4	7.9	5.5	5.0	5.8	1.2	1.8	3.6	11.8
4～9月	3.9	4.3	5.7	7.9	5.9	5.4	5.4	1.2	1.4	3.0	12.7
10～3月	3.9	3.9	5.1	8.0	5.2	4.7	6.1	1.2	2.2	4.3	10.9
平成 23 年 4～12 月	2.8	1.7	2.0	4.1	1.6	2.0	6.6	1.0	2.0	7.9	8.7
4～9月	2.9	1.8	2.0	4.5	1.7	2.0	7.1	1.2	2.2	8.1	8.5
10～12月	2.6	1.5	1.8	3.3	1.5	2.0	5.5	0.7	1.6	7.6	9.0
11月	2.1	1.2	1.7	3.0	1.4	1.7	5.4	0.1	1.9	6.6	9.2
12月	2.5	1.4	1.6	3.2	1.2	1.8	5.8	0.7	1.0	8.0	8.8

注 1．医科病院の種類について、「大学病院」は医育機関をいう。「公的病院」は国（独立行政法人を含む）の開設する医療機関、公的医療機関（開設者が都道府県、市町村等）及び社会保険関係団体（全国社会保険協会連合会等）の開設する医療機関をいう（ただし、医育機関を除く）。

注 2．医療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額が含まれる。

(2) 主たる診療科別医科診療所 医療費の動向

医療費総額の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

	医科診療所									
	内科	小児科	外科	整形外科	皮膚科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	その他	
平成 19 年度	2.0	2.2	2.4	0.3	4.1	0.1	0.5	1.0	0.9	5.2
平成 20 年度	0.3	0.7	2.4	2.4	1.9	2.5	0.2	1.6	1.7	1.5
平成 21 年度	1.9	2.7	0.2	0.7	4.1	0.3	2.3	0.7	2.0	2.4
平成 22 年度	1.2	0.9	2.5	3.0	1.6	2.1	0.8	1.9	6.3	1.2
4～9月	1.2	1.1	3.3	3.1	1.3	2.1	0.5	2.3	3.2	1.7
10～3月	1.2	0.8	1.9	2.8	1.8	2.1	1.1	1.6	9.1	0.6
平成 23 年 4～12 月	1.1	0.9	0.3	0.6	3.0	2.1	1.0	0.7	0.4	1.8
4～9月	1.2	1.1	2.3	0.6	2.9	1.8	1.0	0.5	0.6	1.5
10～12月	0.7	0.5	3.0	0.5	3.3	2.8	0.9	1.0	2.3	2.4
11月	0.1	0.2	8.9	1.1	3.2	1.6	1.0	2.6	6.9	2.4
12月	0.7	0.7	2.4	0.7	2.1	3.9	1.1	0.3	2.1	2.4

(3) 入院 医科病院医療費の動向

1施設当たり医療費の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

	医科病院				
	大学病院	公的病院	法人病院	個人病院	
平成 19 年度	4.2	3.9	3.9	3.9	1.7
平成 20 年度	2.9	3.1	2.8	2.6	1.0
平成 21 年度	4.0	4.5	4.4	3.6	2.9
平成 22 年度	7.5	8.2	8.1	6.3	6.3
4～9月	7.7	8.6	8.1	6.7	5.9
10～3月	7.3	7.9	8.0	6.0	6.8
平成 23 年 4～12 月	2.9	1.8	3.5	2.4	2.5
4～9月	3.2	2.0	3.8	2.6	3.0
10～12月	2.4	1.4	3.0	2.0	1.3
11月	2.0	1.3	2.6	1.7	0.6
12月	2.1	0.4	2.7	1.9	0.8

注. 1 医療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額が含まれる。

注. 2 1施設当たり医療費は医療費の総額を審査支払機関に審査支払請求を行った施設数で除して得た値である。

「最近の医療費の動向(平成 23 年 12 月号)」の全文は、
当事務所のホームページの「経営 TOPICS」よりご確認ください。

問題職員・労務トラブルの増加に対応 職場の規律作りとルールブック活用法

ポイント

- 1 職場規律の実態を把握するポイント
.....
- 2 職場規律を守るための就業規則整備
.....
- 3 職場ルールブックの作成で労務トラブル防止
.....



1 職場規律の実態を把握するポイント

■ 昨今の職場規律の実態

(1) 最近の労務トラブルの傾向

労務トラブルは、相変わらず増加の一途を辿っている一方で、徐々にその質が変わってきています。かつて労務トラブルといえば、事業主からの一方的な解雇や労働条件の不利益変更によるものが中心でしたが、最近では問題行動を起こす職員をめぐるものも増えてきています。

一部の職員の問題行動により職場の規律が乱され、それが組織風土の悪化につながっているという状況は増加しています。しかし職場規律の乱れに関しては、その問題職員だけを指導してもなかなか問題解決に至らないというのが実態です。

(2) 職場規律の実態

ここ数年は、問題職員の発生などにみられるように、多くの医療機関で職場規律の低下が深刻な問題となりつつあります。

■ 職場規律が乱れる要因と影響

(1) 職場規律が乱れる要因

職場規律に乱れが生じるのはなぜでしょうか。職員側、あるいは医療機関・管理職側の要因等がありますが、いずれかひとつが職場規律の乱れを引き起こすのではなく、複数の要因が複合的に重なり合って、職場の規律を乱しているのとらえるべきです。

職場規律の乱れは、基本的には職員側の問題ですが、同時に医療機関や管理職側の対応にも問題があるために生じていることがほとんどです。

若い職員と話が合わないと言う管理職は多く、文化や価値観・考え方などの相違(いわゆるジェネレーションギャップ)を認識している一方で、職場規律については、逐一教えなくてもわかるはずだと考える傾向にあります。また、新入職員教育で、職場のルールを十分に指導している医療機関も全てではありません。本来、医療機関によって職場規律に関するルールやその基準が違うため、自院内で具体的に教育する必要がありますが、それを怠っているために両者の認識のギャップは埋まらず、問題が解消されないのです。

また、最近是非正規雇用の職員が急増し、就労形態が複雑化することによって、多様な価値観を持った職員が職場に増えてきています。そのため、職場の規律に関する認識のギャップは、さらに拡大しているのです。

職員側の要因

職員の意識に甘えがあり、わがままな行動が見られる
自らの言動には何ら問題な点はないと思っている、もしくは問題であるという指摘を受けたことがない
社会人としての一般的なルールやマナーに関する教育や訓練を受けていない
多少は問題だとわかっている程度なら許されると思っている
周囲の同僚にも問題行動をとっている者がいるので、自分も同じような行動をしても構わないと考えている
そもそも職場のルールやマナーそのものを知らない、理解していない

医療機関・管理職側の要因

ルール違反があっても、管理職が注意や指導をしていない
管理職が注意できない、もしくはどのように注意指導すればよいかわからない
職員の管理を現場の管理職に任せっぱなしにしており、悪い情報が医療機関側になかなか入ってこない
管理職が部下に対して注意や指導を行うときに、医療機関のフォローやバックアップがない
職場のルールや服務心得は当たり前のことであり、わざわざ教える必要がないと考えている
ルール違反が繰り返されても、医療機関として制裁処分をしていない、放置している
職員の就業意識の変化や就業形態の多様化に対応できていない
職員として守るべきルールや基準を医療機関が示していない

残念ながら、「規律の問題は業務遂行上大したことではない、なんとかなるだろう」と考えている管理職は少なくありません。そうした上司は、職員にちょっとしたルール違反が見られたとしても、そのうち本人は気づくだろうと考え、都度注意指導を行うことはありません。周囲の職員は、管理職の対応の仕方や立居振舞いを非常によく観察しています。同じ程度のルール違反であれば許されるということを知ってしまうと、ルールが機能しなくなり、次第に範が緩んできます。

また、職員が明らかなルール違反を起こした際、周囲の同僚からの注意や働きかけなどによる問題行動の改善を期待する管理職もいます。しかし、職員間の自浄作用により職場規律が改善できるのは、成熟した組織に限られるため、多くの職場ではこのような仕組みはなかなか機能しません。同僚に対して注意をすることは非常に勇気が必要であり、もし意見の食い違いがあれば争いの発生や人間関係にまで影響を及ぼすことも懸念されるからです。

したがって、職場規律の維持・向上は、管理職が職制を利用して図るべきなのですが、実際には管理職側の意識が相当低いケースも見受けられます。

2 職場規律を守るための就業規則整備

■ 職場規律における就業規則の役割

就業規則とは、働く職員の労働条件や守るべき服務規律などを具体的に定めた規則です。職員数が10人以上となったときに作成し、医療機関の所在地を管轄する労働基準監督署に届け出ることが求められます。10人以下の医療機関では義務付けられてはいませんが、職員数が10人以下の場合も、全職員の力を効率的に発揮させ、職員同士のトラブルを防止するために、守るべき一定のルールである「就業規則」は必要です。

ルールが明確になれば、それを徹底させるためにも、違反した者に対する「制裁」というペナルティを課す必要があります。どのようなペナルティが適用されるのかも就業規則に明記していれば、違反を防止する効果にもなります。

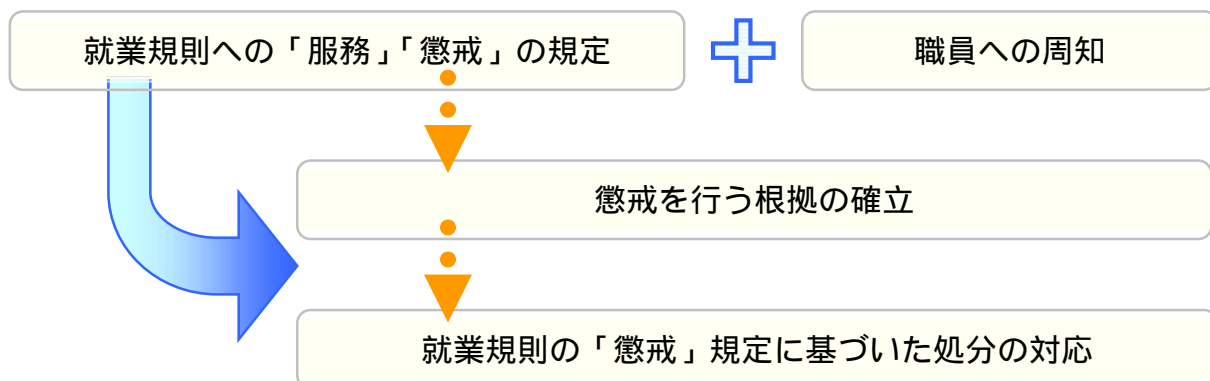
■ 規律を乱す職員に懲戒処分を実施する際の留意点

(1) 「服務」「懲戒」規程の役割と必要性

医療機関において、服務として守るべき事項を守らず、院内秩序を乱したときに懲戒が行われるケースがあります。ただし、権限があるからといって、職員の問題行動について制限なく懲戒を行ってよいというものではありません。

仮に、医療機関が懲戒処分をむやみに行ったとしても、手続の不備があったり、処分に妥当性がなかったりする場合には、トラブルや紛争に発展する可能性があります。そのため、懲戒を行うにあたって必要な前提条件や適正手順を押さえておくことが重要です。

就業規則の定めに基づく懲戒処分



3 職場ルールブックの作成で労務トラブル防止

■ 職場ルールブックの意義と作成上の留意点

(1) 職場ルールブック作成の意義

職場ルールブックを作成することは、職場規律を守るために非常に有効です。職場ルールブックとは、一般には就業規則上の服務心得を中心として職員が守るべき事項等をわかりやすい言葉で表現したものです。したがって、表現の違いこそあれ、就業規則と職場のルールブックとは整合性が取れており、お互いを補完する関係でなければなりません。

ただし、就業規則に規定されていても、職場のルールブックには記載されていない事項が存在するケースがある場合、職場のルールブックに書かれていることは、表現方法は異なったとしても、就業規則には必ず規定されている必要がありますので注意が必要です。

すなわち、「職場のルールブック < 就業規則」ということです。

(2) 作成時の留意事項

職場のルールブック作成時には、以下のような点に配慮するようにします。

このほか、一般的な基準からかけ離れた条件の設定も問題となります。地域や同規模の医療機関における労働条件を踏まえ、さらに裁判例などを参考としたうえで、ルールを設定をしなければいけません。

職場ルールブックの作成に際しての留意点

ルールのは数は欲張らない
問題職員を特定できないようにする
適法なものにする

(3) 職場ルールブックの院内周知と定期的見直し

職場ルールブックをうまく活用していくためには、管理職と職員双方への周知が不可欠です。周知の際には、次のような方法が有効です。

管理職への周知徹底：ルールの内容や基準を理解させるための研修会実施
職員への周知・教育：職員にルールブックを配付し研修会、勉強会を開催

また、定期的にチェックを行い、課題の抽出と対応を行います。内容のマンネリ化を防ぐためには、1～2年ごとに内容を見直し、改定するようにするとよいでしょう。

レポート全文は、当事務所のホームページの「医療経営情報レポート」よりご覧ください。

経営データベース ①

ジャンル: 医業経営 > サブジャンル: 事業継承



納税資金確保対策の種類

納税資金を確保するための対策としては、どのような方法がありますか。



納税資金確保策の代表的なものには、生命保険の活用と出資金返還の方法があります。

生命保険の加入による納税資金準備

理事長の死亡に備えて、医療法人が、被保険者を理事長、保険金受取人を医療法人として生命保険に加入します。こうして、理事長の相続発生時に後継者が医療法人から死亡退職金の支給を受けられるようにしておくことは、納税資金確保に有効な方法と考えられます。

また、医療法人から支給される死亡退職金は相続税の課税対象となりますが、下記のように非課税枠が設けられています。

納税資金としての生命保険のメリット

現金で受取ることができる
遺産分割時の代襲資産となる
受取を指定することにより特定の人に残すことができる
500万円×法定相続人数の非課税枠がある

生命保険でカバーしておくべき金額

医療法人	死亡退職金全額
被相続人	「相続税 - 手取退職金額」

保険金を子供の一時所得にする

契約者	子供、被保険者	理事長、受取人	子供
一時所得	= { (生命保険 - 支払保険料) - 50万 } × 1/2		
子供に収入がない場合、生前贈与で保険料に充当する			

被相続人の出資金を納税資金にする対策

承継者以外の人相続し、その相続人が社員を脱退し出資金の返還を受ける。
相続後3年以内の場合は譲渡所得になる(20%分離)
生前に被相続人が社員を脱退し、出資金の返還を受ける。
みなし配当所得(最高50%)

経営データベース ②

ジャンル: 医業経営 > サブジャンル: 事業継承



相続財産評価引下げによる節税対策

相続財産評価を引下げることによる節税対策とは、どのようなものでしょうか。



相続財産評価引き下げによる節税とは、純資産価額評価と出資金の評価を引き下げて、相続時に税率を減少させる方法です。

相続財産評価引下げ対策

医療法人の理事である場合、自分が所有している出資額は当然に相続財産となります。この出資額の評価を下げる手法が、相続対策のひとつになります。

出資額の評価方法は、主に 純資産価額、 類似業種比準価額の 2 つに分類されます。

純資産価額評価引下げ

資産を減少させる、または負債を増加させることにより出資金の評価を引き下げ、相続財産を減少させて節税対策とする方法です。

- a) 借入金による不動産の取得
- b) 遊休地での賃貸用建物の建築
- c) 役員退職金のタイムリーな支給
- d) オペレーティングリースの活用

類似業種比準価額評価引下げ ~ 出資持分 1 口当たりの利益の引下げ方法

出資金の評価方法中、一般的には類似業種比準価額の方法によって算出される価額が低いとされていますが、医療法人の場合は、上記 との併用方式もあります。

しかし、医療法人は会社等と異なり「配当」を禁じられているため、「配当要素」はありません。よって、類似業種比準価額は「利益」「簿価純資産」の 2 つの要素から判断されますので、評価要素割合の高い「利益」を引き下げることが相続税の節税対策につながるのです。

- a) 法人税の合法的な節税をきちんと行う
- b) 役員退職金の計上
- c) 役員の生命保険加入
- d) オペレーティングリースを活用し、一時的に巨額の損失を作る
- e) 含み損のはき出し